7. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho

Marismary Horsth De Seta, Lenice G. da Costa Reis e *Vera Lúcia Edais Pepe*

Frequentemente a discussão sobre gestão da saúde é centrada no componente da assistência e nos serviços assistenciais. Entretanto, ao gestor de um sistema local ou regional de saúde cabe responder também pela execução de ações de caráter coletivo e pela implementação de ações preventivas, de proteção e de promoção da saúde e, dentre essas, aquelas denominadas como "vigilâncias".

Abordaremos as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental do ponto de vista do que elas têm em comum e do que as diferenciam. Vamos tratá-las assim, plurais, ao mesmo tempo que apontaremos as tendências para sua organização no SUS. A ênfase, neste capítulo, não será nas suas estruturas, mas no conteúdo dessas práticas, de algumas ações necessárias – também porque elas são um direito da cidadania –, e da natureza do trabalho a realizar. Maior ênfase será dada às duas primeiras; dentre outros motivos, pelos seus aspectos institucionais e de tradição no campo da saúde.

Em 22 de dezembro de 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM n. 3.252. Essa portaria, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde, define os seus componentes como sendo:

I. vigilância epidemiológica;

II. promoção da saúde;

III. vigilância da situação de saúde;

IV. vigilância em saúde ambiental;

V. vigilância da saúde do trabalhador;

VI. vigilância sanitária.

O conteúdo dessa portaria será abordado no próximo capítulo, que trata dos sistemas nacionais das vigilâncias. Com isso pretendemos evitar certas reduções conceituais, por exemplo, do enfoque da Promoção da Saúde à Política de Promoção da Saúde; ou da análise da situação da saúde, uma das aplicações da Epidemiologia, à "vigilância da situação de saúde", ainda não amplamente discutida e aceita.

Para início de conversa: 'vigilâncias do campo da saúde' ou 'vigilância(S) em saúde'?

Para denominar o conjunto de práticas que os capítulos desta Parte II abrangem (as vigilâncias sanitária, epidemiológica e a ambiental, bem como a vigilância em saúde do trabalhador), será utilizada a expressão "vigilâncias do campo da saúde" ou "vigilância(S) em saúde", assim mesmo, no plural, e não "vigilância em saúde", "vigilância da saúde" ou mesmo "vigilância à saúde". Essa opção, que se adotou para alcançar maior clareza, é motivada por vários fatores, dentre os quais os relacionados nos itens a seguir.

Os diferentes significados do termo 'vigilância da/na/em saúde'

Esses diferentes significados podem se expressar de maneira diversa na realidade concreta do SUS, em suas práticas e em seu arcabouço institucional. Neste, inclusive, a depender da esfera de governo de que se está falando, a diversidade pode ser ainda maior...

Há uma polêmica sobre o significado dos termos "vigilância da/na/em saúde" que se evidencia na leitura de vários autores. Albuquerque, Carvalho e Lima (2002) afirmam que os termos "vigilância à saúde", "vigilância em saúde" e "vigilância da saúde" vêm sendo amplamente citados na literatura no país sem que haja uma definição "instituída" dos seus objetos ou uma conceituação que seja remetida à prática.

Nesse mesmo sentido, Teixeira e Pinto (1993, p. 6) também chamam a atenção para o fato de que o termo "vigilância à saúde" representa um "imenso guarda-chuva" que busca articular "práticas dispersas e heterogêneas em saúde coletiva", desde as assistenciais até as dirigidas para a prevenção.

Com a ampliação da vigilância epidemiológica abarcando, além das doenças transmissíveis, as não transmissíveis e os fatores de risco, o termo "vigilância em saúde" ou "vigilância em saúde pública" tem enfatizado o trabalho com os sistemas de informação. Mas, para Mendes (1993, p. 177), a vigilância à saúde não se resume em ação de produção de informação; é principalmente intervenção sobre os fatores que determinam e condicionam problemas de enfrentamento contínuo, que incorpora, também, ações de caráter individual.

Vigilância em saúde pública é o nome proposto para a Vigilância Epidemiológica no final dos anos 1980. A esse respeito, Waldman (1998) afirma que essa mudança de denominação não implicou nova abordagem ou grandes modificações conceituais ou operacionais da vigilância porque a mudança se dera em anos anteriores.

Tendo como eixo a reformulação do modelo assistencial e sua construção no nível local, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) defendem que, no âmbito municipal, não se justifica a institucionalização em separado das vigilâncias epidemiológica e sanitária. Embora não considerem a diversidade de portes, problemas, realidades e de riscos à saúde que os municípios apresentam, os autores afirmam que:

> embora se possa considerar que, do ponto de vista técnico-operacional, há especificidades que justificam a existência dessas vigilâncias. A primeira, a epidemiológica, obedecendo a uma racionalidade técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia, e a segunda, obedecendo a uma racionalidade político-jurídica, fundada nas normas que regulamentam a produção, distribuição e consumo de bens e serviços (Teixeira; Paim; Vilasboas, 1998).

Para saber mais sobre esse tema, leia os seguintes textos:

- "Projeto de análise de informação para tuberculose", de Natal e Elias (2000), no *Boletim de Pneumologia Sanitária*, disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2000000100003&lng=pt&nrm=iss.
- "Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública", de Waldman (1998), no *Informe Epidemiológico do SUS*, disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_usos.pdf

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) sistematizam três vertentes do que chamam de "vigilância da saúde", descritas a seguir.

a) Vigilância da saúde equivalendo a "análise de situações de saúde": caracteriza-se pela ampliação dos objetos da vigilância epidemiológica tradicional (doenças transmissíveis); essa vertente contribui para um planejamento de saúde mais abrangente. A ampliação dos objetos abarca as investigações e a montagem de bases de dados sobre outros agravos (mortalidade infantil e materna, doenças crônicas, acidentes e violência etc.) e aspectos relativos à organização e produção dos serviços de saúde.

Alguns autores indicam a análise de situação de saúde como uma das quatro áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde, sendo as demais a identificação de perfis e fatores de risco, a avaliação epidemiológica de serviços de saúde e a chamada "vigilância em saúde pública" (Waldman, 1998).

Barcellos et al. (2002, p. 130), entretanto, afirmam que "a análise de situações de saúde corresponde a uma vertente da vigilância da saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida", condições essas a abranger também as condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde.

b) Vigilância da saúde como proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária: concretizou-se mediante reformas administrativas, com a criação de departamentos de vigilância da saúde ou órgãos similares, inicialmente nas secretarias estaduais de saúde, na primeira metade da década de 1990.

c) Vigilância da saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, constituindo-se em um novo modelo assistencial dotado de algumas características básicas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações preventivas e de promoção; atuação intersetorial e sobre o território; intervenção sob a forma de operações. Em resumo, nesta concepção a vigilância representa a possibilidade de organizar processos de trabalho em saúde num território delimitado para enfrentar problemas por meio de operações montadas em diferentes períodos do processo saúde-doença. Além disso, essa vertente aponta para a necessidade de mudança do processo de trabalho com a incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população.

A existência dessas três diferentes vertentes, como resultado de diversas formulações e de experiências práticas também diversas, faz com que, ao se falar em "vigilância da saúde", seja necessário perguntar: "Mas, de que vertente da vigilância da/na/em saúde você está falando?" Ou então "De que conjunto de ações você está falando?"

No seu uso corrente – e, por que não dizer, no uso do "senso comum" –, o termo "vigilância da saúde" é algumas vezes substituído mecanicamente por "vigilância em saúde", como se fossem sinônimos. Mesmo com essa relativa confusão, é importante realçar que, nesse sentido corrente, os dois termos carregam uma conotação muito positiva de possibilidade de ação menos fragmentada em relação às vigilâncias.

Outro ingrediente dessa polêmica é a diversidade de formas de divisão de atribuições nas três esferas de governo, entre as vigilâncias e o que se faz em cada uma delas. Veja alguns pontos.

A gestão e a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador, na esfera federal, passaram para o âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (Portaria GM/MS n. 1.956, de 14 de agosto de 2007). Com a mudança, o que era uma área técnica de saúde do trabalhador saiu do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde.

1. Na esfera federal de governo existe uma **separação mais ou menos clara de atribuições e, mais clara ainda, de instituições** em relação à vigilância sanitária – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – e à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde que, desde **2007**, passou a incorporar também a saúde do trabalhador – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Além de atribuições

de coordenação dos sistemas nacionais e de alguns programas, a esfera federal tem algumas responsabilidades privativas, no caso das vigilâncias, como: o registro de produtos ou o registro de medicamentos, o controle sanitário em portos, aeroportos e recintos alfandegados, no caso da vigilância sanitária; a elaboração de normas sobre:

- ações de prevenção e controle de fatores relacionados ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- os limites de exposição humana a riscos químicos e físicos que tenham repercussão na saúde humana, no caso da vigilância ambiental em saúde.

2. Se, como dissemos no item anterior, **há uma separação de atribuições entre a Anvisa e a SVS, isso parece ser diferente** nos estados e, mais ainda, nos municípios. Em grande parte deles, notadamente **nos pequenos municípios, não existe separação de funções e de equipes para o trabalho nas vigilâncias, independentemente do nome do serviço**. Muitos têm uma só equipe ou mesmo um só profissional, que costuma ser responsável por todas as ações referentes às vigilâncias; nesses municípios, geralmente não se realiza todo o escopo de ações das vigilâncias que poderiam caber a essa esfera de governo. Para isso concorrem: o predomínio de municípios pequenos e muito pequenos, que sofrem com a escassez de profissionais disponíveis nas localidades; o início relativamente tardio do processo de descentralização das ações – em relação às ações assistenciais, ao cuidado –; e, finalmente, a própria natureza do trabalho a realizar, conforme tentaremos abordar.

Registro do produto é o ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde, no caso a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, destinado a comprovar o direito de fabricação do produto, submetido ao regime de vigilância sanitária (Adaptado da Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Registro de medicamento é o instrumento por meio do qual o Ministério da Saúde determina que, para a introdução no mercado, comercialização e consumo, haja a inscrição prévia na Anvisa, órgão a quem compete avaliar o cumprimento, de caráter jurídico-administrativo e técnico-científico, de critérios relacionados à eficácia, à segurança e à qualidade desses produtos (adaptado da Resolução RDC n. 157, de 31 de maio de 2002; e da Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Você já notou que geralmente se pode falar que quanto menor o município e mais afastado dos grandes centros maior costuma ser a possibilidade de remuneração e de outros ganhos adicionais, por exemplo, do médico da Equipe de Saúde da Família?

> Até o final dos anos 1990, muitos municípios não tinham secretaria de saúde individualizada na estrutura da gestão municipal. Até recentemente, quando existia um serviço de vigilância organizado no município, ele era designado majoritariamente como de "vigilância sanitária". Mas, atualmente, com muita frequência, tem sido denominado "vigilância em saúde" ou "da vigilância da saúde", mesmo que ainda se tenham mantido as mesmas atividades anteriores à mudança de denominação. Essa estruturação dos serviços das esferas de governo subnacionais, à semelhança da esfera federal, já fora apontada por Medeiros ([1986] apud Abrucio 1998, p. 72), que afirmou que a organização da esfera estadual mimetiza a da federal para facilitar o recebimento dos recursos financeiros e da cooperação técnica.

3. Outro fator é que **as práticas e os respectivos (sub)sistemas têm sido designados pelos mesmos nomes atribuídos aos serviços ou lugares institucionais organizados na esfera federal**. Assim,

as vigilâncias epidemiológica e ambiental crescentemente são designadas como "vigilância em saúde", tomando por base a designação adotada para a secretaria do Ministério da Saúde. De modo semelhante, já havia correspondência entre a prática chamada de vigilância sanitária e o serviço da esfera federal, fosse ele a antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária ou a atual Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Atenção às desigualdades

Os estados brasileiros são muito diferentes uns dos outros, mas os municípios são ainda muito mais heterogêneos entre si. E não é só em relação a tamanho, de São Paulo a Borá, o menor município do país... O porte populacional é só um aspecto da heterogeneidade municipal; a ele se acrescentam os aspectos que decorrem das acentuadas desigualdades regionais, de tal maneira que dois municípios de mesmo porte situados em diferentes regiões podem apresentar características, capacidades e infraestrutura diversas.

Neste ponto, uma síntese

Para tratar da distribuição das atribuições e da organização das vigilâncias, é necessário remeter as discussões para o conteúdo das práticas, das ações necessárias e da natureza do trabalho a realizar. Mesmo considerando que dada estrutura contribui para certo desempenho, deve-se tentar ser menos prescritivo sobre que formato de estrutura organizacional é desejável, e menos afirmativo sobre o potencial de transformação das práticas em função da adoção de uma estrutura organizacional ou de sua denominação. Recorre-se, assim, ao estágio atual das abordagens administrativas que recomendam que não haja uma única melhor maneira de se organizar e que "tudo depende..."

Neste texto, o uso do termo "vigilâncias do campo da saúde", ou "vigilância(S) em saúde" respalda-se no reconhecimento de que todas as

vigilâncias não se valem de um único método, e sim que elas se valem de métodos e de aportes de diversas disciplinas científicas, e que também fazem um uso diferenciado dos mesmos conceitos. O que não elimina a necessidade de diálogo e de construção de pontes entre as vigilâncias, se o que se quer é a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

O desigual desenvolvimento, no Brasil, de cada uma das vigilâncias

As vigilâncias do campo da saúde, no Brasil, não se constituíram de forma linear no sistema de saúde. Seu desenvolvimento foi desigual no tempo e em cada contexto histórico em relação a cada um dos seus principais componentes: as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e em saúde do trabalhador.

Do ponto de vista da legislação constitucional, as bases para a construção das vigilâncias no campo da saúde encontram-se no art. 200 da Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Dos oito incisos desse artigo, apenas o III e o V não se encontram compreendidos no escopo de atuação das vigilâncias do campo da saúde.

A Constituição Federal de 1988 define que, sem prejuízo dos "serviços assistenciais", deve ser conferida prioridade às atividades preventivas (inciso II, art. 198, CF de 1988), em cujo escopo se incluem as vigilâncias. Em seu art. 200, estabelece as competências para o SUS, tal como transcrito a seguir:

> Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
>
> I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
>
> II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
>
> III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
>
> IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
>
> V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
>
> VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
>
> VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
>
> VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Brasil, 1988).

Com a leitura desse artigo você deve ter percebido que, no texto constitucional, há uma gradação de responsabilidades entre ações a serem diretamente executadas e outras para as quais o SUS deve participar e/ou colaborar.

Essa gradação significa o reconhecimento, em último caso, de corresponsabilidade pelo setor saúde em atribuições que, na estrutura do Estado brasileiro, encontram-se sob a responsabilidade de outros órgãos governamentais. Assim, ao setor saúde cabe a execução das vigilâncias sanitária e epidemiológica, mas participar ou colaborar apenas em ações de responsabilidade mais direta de outros setores governamentais (saneamento básico, controle das substâncias tóxicas e radioativas, meio ambiente, ambiente de trabalho).

Para refletir

O art. 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece uma gradação de responsabilidades entre ações a serem executadas diretamente pelo SUS e outras em que deve participar e/ou colaborar. Com base na sua prática, quais as principais consequências – positivas e negativas – que essa gradação causou ou vem causando no funcionamento do SUS?

Em parte, isso pode ter contribuído para o desenvolvimento desigual das vigilâncias, mas a questão central é que houve também desenvolvimento conceitual e histórico desigual entre os componentes das vigilâncias do campo da saúde. Você verá isso com mais detalhes no caso das vigilâncias epidemiológica e sanitária; mas antes vejamos um exemplo focado em um componente das vigilâncias do campo da saúde de introdução mais recente.

Na Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável ("Rio + 10"), realizada em Johanesburgo, África do Sul, em 2002, dez anos depois da Rio-92, constataram-se poucos avanços e mesmo alguns retrocessos em relação à Agenda 21 (Freitas, 2005).

Esse exemplo de desenvolvimento histórico e conceitual desigual diz respeito ao tema ambiente, que entra na agenda política e científica global na década de 1990, tendo como marco a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano (Rio-92). Essa conferência gerou a Agenda 21, que contém um roteiro de ações com previsão de metas, recursos e responsabilidades definidas para alcançar o desenvolvimento sustentável no século XXI.

No plano internacional, no final dos anos 1990, consolidaram-se as propostas de "vigilância ambiental em saúde pública" (Thacker et al., 1996) e de "vigilância em saúde pública" (Levy, 1996) nos países industrializados.

Essas propostas, segundo Freitas e Freitas (2005), continham pelos menos três elementos que deveriam estar integrados:

1. a vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente **realizada pela vigilância epidemiológica**;
2. a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente **realizada pela vigilância sanitária**;
3. a vigilância de exposições, pelo monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), **desafio para a estruturação da vigilância ambiental**.

No final dos anos 1990, sob a influência dessas propostas e com financiamento do Banco Mundial, iniciou-se no Brasil, com o projeto de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VigiSUS), a institucionalização do tema ambiente no setor saúde em caráter sistêmico.

A questão ambiental no Ministério da Saúde foi incorporada à estrutura da então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária por meio de sua Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental (Diehsa), em 1991. Mas foi no final da década de 1990 que se iniciou a construção da vigilância ambiental em saúde em sua dimensão sistêmica, no SUS.

No próximo capítulo, "Construção, estruturação e gestão das vigilâncias do campo da saúde", você verá o marco da construção do campo saúde e ambiente, localizado na década de 1970. Aqui tratamos apenas da institucionalização do tema ambiente no sistema de saúde.

No Ministério da Saúde, criou-se a Vigilância Ambiental em Saúde e, em maio de 2000, foi publicado o Decreto n. 3.450, que estabeleceu no Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas).

Criado em 1990, na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o Cenepi objetivava dirigir as ações de epidemiologia no âmbito do Ministério da Saúde e articular a atuação das secretarias estaduais nesse campo. Em 2003 foi extinto, dando lugar à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003).

A partir de 2005, esse sistema é redefinido e passa a ter a sigla Sinvsa. O modelo de vigilância ambiental se estendeu do âmbito federal para algumas secretarias estaduais de saúde (Freitas; Freitas, 2005). Em um primeiro momento, a Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM/SVS) ficaria responsável também pelos fatores biológicos, mas atualmente eles se vinculam a outra coordenação da SVS.

Para refletir

Que modelo de vigilância ambiental se estendeu ao seu estado município? O modelo centrado nos fatores não-biológicos, hoje vigente na Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental da SVS/MS (CGVAM/SVS)? Ou o modelo utilizado pela Funasa, que também incorporava aos fatores não biológicos, o controle de zoonoses, com a questão dos vetores, hospedeiros e reservatórios?

Antes da implantação desse modelo, qual era o serviço responsável pela coleta das amostras de água para consumo humano e pelo envio ao laboratório de saúde pública?

As definições das vigilâncias do campo da saúde e seus conteúdos comuns

As definições legais das vigilâncias do campo da saúde são encontradas em dispositivos normativos de naturezas diversas. Um aspecto comum a todas as definições das "vigilâncias" é que elas compreendem um conjunto de ações ou de atividades. Outro aspecto relacionado ao seu processo de trabalho é que todas "precisam" de análises laboratoriais. Ou seja, o laboratório é fundamental. A questão é: que laboratório, que análises são necessários?

Sobre a definição da área de saúde do trabalhador, consulte os incisos de I a VII do parágrafo 3º, art. 6º, da Lei n. 8.080/90.

Na Lei n. 8.080 (Brasil, 1990) encontram-se as definições de vigilância sanitária, epidemiológica e, em relação à vigilância em saúde do trabalhador, é a própria área de saúde do trabalhador que é definida, abrangendo ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de estudos e revisão normativa.

> Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (Brasil, 1990, art. 6º, § 1º).
>
> Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990, art. 6º, § 2º).

> Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visam à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (Brasil, 1990, art. 6º, § 3º).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é definida em portaria do Ministério da Saúde como:

> uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (Brasil, 1998).

A Vigilância em Saúde Ambiental, de constituição recente, é definida em documentos do Ministério da Saúde como:

> um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (Brasil, 2005).

Para refletir

A partir de sua vivência como gestor do SUS em uma dada localidade, reflita se o trabalho atualmente realizado abrange a amplitude de ações previstas nas definições legais das vigilâncias.

Veja agora aspectos comuns nas definições das vigilâncias que destacamos a seguir.

- Assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade, para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas.
- São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com **riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos**.

- Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a **territórios delimitados**.
- Assim como a saúde, em termos de política pública as vigilâncias têm um **caráter intersetorial**.

Mais adiante, neste mesmo capítulo, discutiremos a questão da intersetorialidade mais detalhadamente.

Para três delas – as vigilâncias sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador –, além do conceito de risco, comum às quatro vigilâncias, a **intersetorialidade** representa um dos pilares indispensáveis à efetividade de suas ações.

O fato de terem aspectos comuns não significa que as quatro vigilâncias trabalhem da mesma forma. Há diferenças importantes quanto à forma de atuação, ou melhor, à possibilidade explícita de intervenção sobre a realidade ou à forma de produção e utilização do conhecimento sobre essa realidade para instrumentalizar a intervenção.

Na definição de vigilância sanitária está claro que o conjunto de ações deve ser **capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários**, podendo restringir direitos individuais para o bem da coletividade e defesa do interesse público. Essa capacidade de intervenção precisa ser potente, não é?

Poder de polícia administrativa

O poder de polícia administrativa é uma atividade exclusiva da Administração Pública. Representa uma capacidade, mas também o dever que ela tem de restringir ou condicionar as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade. Seu princípio básico é a supremacia do interesse público sobre o individual.

A vigilância sanitária detém poder de polícia administrativa no campo da saúde. Esse poder incide sobre estabelecimentos (pessoas jurídicas), e não sobre as pessoas. Pode ser exercido de forma preventiva, por exemplo, mediante a emissão de normas e de atividades de inspeção/fiscalização sanitária com as quais se pode, se for um caso de risco à saúde, realizar ações de interdição total ou parcial ou inutilização. Ou pode ser exercido de forma repressiva. E isso lhe faculta que o desrespeito às normas pode ser punido também mediante aplicação de multas que revertem para os cofres públicos.

Na definição de vigilância epidemiológica, são privilegiados o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) sustentam que a tradução operacional da vigilância epidemiológica "pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle".

Esse caráter da vigilância epidemiológica, de recomendação para a ação, é reiterado no site da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ela é

> o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (Brasil, 2005).

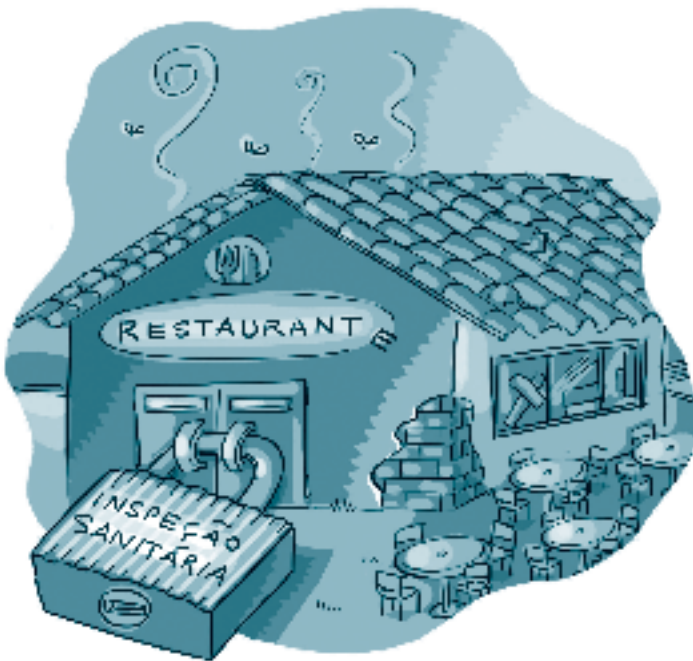
De todo modo, a **capacidade das vigilâncias é condicionada** pelo **conceito de risco** com o qual cada uma trabalha; pela **capacidade do serviço** e seu grau de institucionalidade; pela sua **articulação com as demais ações e instâncias** do sistema de saúde, mas também fora dele. Nas atividades sob responsabilidade de outros setores governamentais, ou seja, naquelas em que o poder de polícia administrativa está colocado em outros órgãos, particularmente nas questões relacionadas ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, é fundamental essa articulação intrassetorial com a vigilância sanitária.

Como você verá a seguir, poderíamos falar aqui no plural, o(s) conceito(s) de risco, na medida em que ele provém de diferentes campos do conhecimento, daí se dizer que ele é "polissêmico".

Por fim, uma questão sobre a natureza diferenciada das vigilâncias em relação a outras atividades do campo da saúde, principalmente as voltadas para a assistência à saúde das pessoas. Sobre isso, De Seta (2007) afirma sobre a vigilância sanitária – e depois estende para a vigilância epidemiológica – que ela é um bem público dotado de alta externalidade. Isso significa que:

a) seu consumo por parte do cidadão não gera custos adicionais e que se um cidadão usar, não vai faltar para outro;
b) não deve ser exercida por particulares;
c) pela sua atuação ou omissão, existem efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos.

Externalidade é um conceito que tem origem na teoria econômica e representa uma das falhas de mercado, tornando necessária a regulação. Ela, que pode ser positiva ou negativa, ocorre quando uma pessoa física ou jurídica sofre as consequências, sem ter participado da decisão que as causou.

Se todas as vigilâncias têm em comum o caráter de bem público, duas coisas diferenciam a vigilância sanitária das demais: seu inquestionável poder de polícia administrativa no campo da saúde e o efeito econômico direto que sua regulação no campo da saúde acarreta.

Embora não atue todo o tempo só com base no poder de polícia, é ele que assegura a efetiva capacidade de intervenção da vigilância sobre os problemas sanitários e possibilita uma atuação mais ampla sobre os interesses privados em benefício do interesse público. Para isso, seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade. Dos dois primeiros modos de atuação decorre seu caráter regulatório, de regulação social (e econômica) no campo da saúde (De Seta, 2007).

Para refletir

Você já viveu ou presenciou situações em que a vigilância sanitária exerceu esse seu poder de Estado, de polícia administrativa no campo da saúde? Ou situações em que ele deveria ter sido exercido e não foi (omissão)? Ou que foi usado com exagero, indevidamente (abuso de poder)?

O conceito de risco e sua operacionalização pelas vigilâncias

Risco, segundo Guilam e Castiel (2006, p.16), "é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia [...]". Palavra que indicava a ideia de perigo e as chances de ganhar e perder nos jogos de azar, durante a Segunda Grande Guerra passou a indicar a estimativa de danos no lidar com materiais perigosos.

Na atualidade, o conceito de risco traduz tanto a probabilidade de ocorrência de um evento danoso quanto se constitui em um termo não técnico, que inclui diversas medidas de probabilidade de desfechos desfavoráveis (Guilam; Castiel, 2006). Para esses autores, a ideia de probabilidade pode ser lida de modo intuitivo (incerteza que não se pode medir) ou de modo racional (incerteza capaz de ser medida de forma probabilística).

A saúde coletiva emprega o enfoque de risco de forma crescente, após a década de 1970: inicialmente na prática epidemiológica, visando estudar os fatores que condicionam a ocorrência e a evolução de doenças crônicas; atualmente, de forma mais ampla, relacionado a todo o tipo de problema, agudo ou crônico, no estudo dos chamados fatores de risco, de tal forma que seu uso indiscriminado tem sido chamado de "epidemia de riscos" (Lieber; Romano, 1997).

Por que falar em risco?

- Porque ele pode ser considerado um conceito **fundamental** das vigilância(S) em saúde. Fundamental, uma vez que é a possibilidade de que "algo" aconteça e de que esse "algo" interfira "negativamente" no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde, que devem ser minimizados. A operacionalização do risco é que faz das vigilância(S) em saúde um importante componente da saúde coletiva.

Risco é um conceito que se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de agravo ou dano à saúde de um indivíduo, de um grupo populacional ou ao ambiente.

- Porque risco pode ser considerado um conceito **unificador**. É a ação/intervenção no sentido de melhorar a qualidade de vida da população que faz com que as diversas "vigilâncias" – do processo de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador), do processo de produção-consumo (vigilância sanitária) e da exposição a situações de risco (vigilância ambiental/epidemiológica) – situem-se no campo da promoção e da proteção da saúde. O objetivo de minimizar o risco, agindo sobre os condicionantes/determinantes de um agravo/dano é algo comum às vigilâncias do campo da saúde.

Para saber mais sobre os indicadores de risco utilizados no campo da saúde pública, consulte o capítulo "Risco e Saúde", de Maria Cristina Guilam e Luis David Castiel, no livro *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*, organizado por De Seta, Pepe e O'Dwyer (2006), que pode ser adquirido na Editora Fiocruz (www.fiocruz.br/editora).

- Porque risco é um conceito **polissêmico**, oriundo de vários campos de saber, que permite diferentes abordagens e diferentes campos de prática, na dependência das disciplinas que o estudam. No dizer de Guilam e Castiel (2006), ele é um conceito "indisciplinado", ou seja, não se subordina, não é regido predominantemente por nenhuma disciplina. Esses autores postulam que:
  - Na **epidemiologia**, o conceito de risco encontra aplicação na determinação dos fatores e situações de risco à saúde, sendo de especial importância na prática da vigilância epidemiológica e na epidemiologia clínica. São típicos indicadores de risco utilizados no campo da saúde pública: incidência ou risco absoluto; risco relativo e risco atribuível.
  - Nas **engenharias**, a análise de risco auxilia na tomada de decisão, sendo importante nas vigilâncias ambiental e em saúde do trabalhador, ao avaliar o risco ambiental e ocupacional, e na vigilância sanitária, tanto pelas questões relacionadas a análise e avaliação de diversos processos quanto pela avaliação de tecnologias em saúde.
  - Nas **ciências econômicas**, a abordagem quantitativa do risco objetiva definir custos e possíveis perdas, tendo em vista a probabilidade de ocorrência do agravo/dano. Especialmente utilizado nas seguradoras para o cálculo dos valores de seguros de veículos, de vida, de planos de saúde etc.
  - Nas **ciências sociais**, mediante análise das representações sociais e da percepção de risco, se busca estabelecer e desvendar as influências culturais ligadas ao risco (Guilam; Castiel, 2006). Possibilita identificar como as pessoas identificam o risco e como lidam com ele, gerando ajuda valiosa nos processos de comunicação e de educação para a saúde.
- Finalmente, porque risco é um conceito polêmico, de definição e interpretação algumas vezes conflitantes. Um exemplo claro é a imensa polêmica em torno dos chamados organismos geneticamente modificados (OGM), sobre os quais as instituições se expressam de forma diferente, seja na avaliação da segurança dos transgênicos, seja na proposta de ação direcionada a eles. A posição de algumas organizações não governamentais tem sido fortemente contrária aos transgênicos, em oposição à dos representantes da agroindústria.

Assista ao vídeo *Enquanto o gato dorme*, que retrata uma situação de uma oficina mecânica, disponível em http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/publicacoes/_arquivos/GatoDorme.zip.

O vídeo é uma produção do Departamento de Comunicação e Saúde/ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003; direção de Breno Kuppermann; roteiro de Joaquim Assis; duração de 17 minutos.

Situações de risco à saúde

Existem inúmeros exemplos de situações em que há risco à saúde: trabalhadores expostos a determinadas condições de trabalho, grupo de pacientes submetidos a procedimentos hospitalares específicos ou que usem um tipo de medicamento/alimento, população residente em um município com uma indústria poluidora, grupo populacional exposto a determinados fatores de risco para doenças transmissíveis, como a Aids.

Enfoque de risco

Na abordagem quantitativa do risco, torna-se necessário diferenciar duas importantes palavras que o envolvem: a **possibilidade** e a **probabilidade** da ocorrência de algum agravo ou dano. O risco, pensado como **possibilidade** de ocorrência de agravo ou dano, pode ser considerado inerente à própria vida. Viver é estar, de certa maneira, submetido a variados riscos. A **probabilidade** é uma medida, é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em uma dada situação e sua real ocorrência. É, portanto, a **probabilidade** que pode ser avaliada e gerenciada, já que ela admite gradação.

Igualmente importante é definir e caracterizar os chamados fatores de risco. Fatores de risco são "características ou circunstâncias cuja presença está associada a um aumento da probabilidade de que o dano venha a ocorrer, sem prejulgar se o fator em questão é ou não uma das causas do dano" (Lieber; Romano, 1997), seja este dano relacionado à saúde de uma pessoa, de um grupo de pessoas ou ao ambiente. Isso significa explicitar que os fatores de risco não são necessariamente as causas do dano: eles são de natureza probabilística – e não de natureza determinística –, estando mais ou menos intensamente associados ao evento danoso, enquanto a causa exige que "quando esta esteja presente o efeito exista, e quando suprimida o efeito desapareça" (Guilam; Castiel, 2006).

Cabe ainda ressaltar alguns aspectos do enfoque de risco no que diz respeito às vigilâncias do campo da saúde. Vejamos.

- O primeiro é a relação entre riscos e fatores de risco com a existência do dano. Nesse sentido, Guilam e Castiel (2006) (re)afirmam que os riscos não se constituem em certeza de que um efeito indesejado vai acontecer, mas sim na probabilidade de que ele aconteça. E esse tipo de conhecimento permite a identificação das potenciais fontes de agravos e a adoção de

medidas preventivas e de segurança, mas também gera clima de incerteza e ansiedade, causado por se estar diante de uma multiplicidade de fatores de risco e pela dificuldade de distinguir com clareza o estado de saúde/pré-doença/doença.

- O segundo deles é a variedade de nomenclatura existente na literatura das vigilância(S) em saúde para termos correspondentes a fatores de risco e para designar o tipo de risco. Assim, é possível encontrar as seguintes nomenclaturas: situação de risco, condições de risco, fontes de risco, risco ocupacional, risco ambiental, risco sanitário, risco epidemiológico (Barcellos; Quitério, 2006; Brasil, 2005; Lucchese, 2001).

Colocados esses principais tópicos, cabe relacionar o enfoque de risco ao processo regulatório das vigilâncias do campo da saúde. Pode-se dizer que a probabilidade de ocorrência de um agravo/dano relaciona-se à existência ou ausência de um conjunto de medidas preventivas que busquem as melhores condições para que eles sejam evitados. Isso é a chamada "regulação do risco", que as vigilância(S) em saúde fazem e que não pode ser confundido com outro tipo de regulação, feita também pela vigilância sanitária e que, como vimos, tem impacto econômico.

A ideia de avaliar e gerenciar riscos, nascida nas ciências econômicas, tem sido transposta para o campo da saúde; mas, mesmo antes disso, uma parte dos fatores que podem trazer riscos de agravos à saúde individual e coletiva tem sido regulada pelo Estado. Lucchese (2001) aponta que, no Brasil, além da área da saúde, outras áreas da administração pública federal (e seus correspondentes estaduais) têm responsabilidade com os riscos à saúde, tais como: Ministério da Agricultura; Ministério do Meio Ambiente, por meio do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama); Ministério da Indústria e Comércio, por meio do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro); Ministério do Trabalho e Emprego; e Ministério da Ciência e Tecnologia, por meio da Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen) (Lucchese, 2001).

A avaliação do risco na dimensão estritamente técnica, de identificação e mensuração (ou medição), não é suficiente. O resultado dessa avaliação, que nem sempre pode ser feita, deve ser integrado a aspectos sociais, econômicos e políticos na hora da decisão e da ação. A comunicação do risco é igualmente importante. Entretanto, Lieber e Romano (1997) apontam que a instrumentalização excessiva do risco pode esconder a sua própria essência; e mais, que questões como quem cria o risco e quem dele se beneficia não devem ser esquecidas. O autor se preocupa com o fato de a informação – ou, como se costuma dizer, a conscientização – passar a ser vista como a tábua de salvação das pessoas em face de riscos existentes.

A regulação do risco pode ser vista em dois sentidos:

- no sentido mais restrito, como sinônimo de regulamentação, ato de elaborar regulamentos, normas;
- ou, no sentido mais amplo, segundo Lucchese (2001), englobando os estudos de análise de risco, as regulamentações por eles geradas e as políticas de gerenciamento de risco empreendidas pelo Estado.

A norma técnica das vigilância(S) em saúde é também uma construção social que expressa as "medidas preventivas", considerando-se o risco e as características intrínsecas das tecnologias (condições de trabalho, processo de produção, tipo de alimento/medicamento, equipamento etc.). Essa norma técnica relaciona-se à magnitude do agravo ou do dano e ao desenvolvimento científico-tecnológico existente no momento de sua elaboração, sendo, portanto, mutável.

Falando em desenvolvimento científico-tecnológico e em caráter mutável, veja um exemplo relacionado à vigilância epidemiológica.

Para a vigilância epidemiológica, é muito importante a definição de caso, que representa um conjunto de critérios de confirmação da doença (aspectos clínicos, resultados laboratoriais e critérios epidemiológicos).

A definição de caso está sempre vinculada aos objetivos do sistema de vigilância e aos conhecimentos que se tem sobre a doença; portanto, ela é mutável. Se essa definição é sensível e precisa, favorece a qualidade do sistema de informação e permite a comparação dos dados entre regiões e numa mesma região ao longo do tempo.

No episódio da gripe pelo vírus A H1N1, em 2009 ("gripe suína"), encontramos um exemplo do caráter mutável da definição de caso, notadamente nos documentos que indicamos a seguir para sua leitura:

- Informe do dia 27/4/09, às 13h30, "Emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII): ocorrências de casos humanos na América do Norte". Disponível em www2.ghc.com.br/GepNet /docsnhe/ epide miologia alertagripesuina2.pdf
- "Protocolo de procedimentos para o manejo de casos e contatos de Influenza A (H1N1)", versão IV, atualizado em 05/06/2009. Disponível em http://www.influenza.lcc.ufmg.br/DVD/referencias/Protocolo_de__procedimentos_para_o_manejo_de_casos_e_contatos_de_influenza_A_(H1N1).pdf

Nas vigilâncias do campo da saúde, o enfoque de risco apresenta uma característica bem marcante: o risco à saúde não "respeita" território geográfico, divisas ou fronteiras. Alguns recentes acontecimentos podem exemplificar isso. O lixo tóxico de uma indústria situada em Minas Gerais contaminou o rio Paraíba do Sul e teve efeito nos municípios que se situavam às suas margens, inclusive naqueles sob jurisdição do Rio de Janeiro. O medicamento CelobarR, produzido no estado do Rio de Janeiro, foi responsável por várias mortes em Goiás, uma vez que foi este estado o que mais comprou e utilizou os lotes falsificados. Há, portanto, uma interdependência social entre os estados e entre municípios na mesma unidade federativa. Ou seja, o "controle" que as vigilâncias dessas unidades fazem ou deixam de fazer pode ter repercussões nas demais localidades. E essa possibilidade de repercussão para terceiros é a externalidade.

Algumas ponderações têm sido feitas atualmente sobre o conceito de risco e sua utilização. Uma delas é a de que a incerteza, de certa maneira, é uma antítese à submissão do futuro às nossas normas. Além disso, o crescente caráter científico e técnico para seu controle pode ser não apenas insuficiente, mas por vezes prejudicial a longo prazo (Freitas, 2008). As críticas ao modelo "racional" consideram que o cálculo matemático puro e o uso apenas dos efeitos biológicos, físicos ou químicos não levam em conta a complexidade dos problemas que afetam a saúde. Assim, segundo Freitas (2008),

> o modo de se perceber a realidade e de se organizar os fatos a ela pertinentes tem implicações, embora nem sempre visíveis, tanto nas avaliações de riscos como nos aspectos das políticas públicas e de justiça social: quem se deve proteger de determinados riscos, a que custo e deixando de lado que alternativas [...].

Funtowicz e Ravetz (1993) referem três níveis de incertezas: técnicas, que se relacionam aos dados existentes e às possibilidades de análises; metodológicas, relacionadas à baixa confiabilidade dos dados; e epistemológicas, oriundas dos limites do conhecimento científico.

Assim, considerar a noção de complexidade faz com que não se possa reduzir a análise dos riscos aos componentes isolados do problema, sob pena de não ser capaz de compreender o problema em todas as suas dimensões e aumentar as incertezas, dificultando as estratégias de prevenção e controle dos riscos. É necessário compreender os problemas de saúde em seus múltiplos aspectos, em suas variadas naturezas e em suas relações sociais, culturais e econômicas, pois as interações entre elas resultarão em diferentes níveis de riscos e danos, seja à população, a grupos específicos (trabalhadores, consumidores) ou ao ambiente.

Na discussão do modelo de vigilância ambiental, Barcellos e Quitério (2006) referem que

> o modelo conceitual da vigilância das situações de risco é baseado no entendimento de que as questões pertinentes às relações entre saúde e ambiente são integrantes de sistemas complexos, exigindo abordagens e articulações interdisciplinares e transdisciplinares, palavras de ordem da promoção da saúde [...].

Além disso, conhecer as condições e os problemas de saúde da população exige observar a desigual distribuição do risco e do adoecer, contextualizando-os por meio de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais ou de outra ordem.

As vigilância(S) na relação com a promoção da saúde: intersetorialidade e fortalecimento da cidadania

É fácil compreender que as vigilâncias do campo da saúde se diferenciam da prestação de serviços assistenciais. E que as ações realizadas pelas vigilâncias, que as caracterizam como proteção da saúde e prevenção, objetivam minimizar riscos. Elas protegerão a saúde da população, se realizadas **antes** que certos agravos e danos ocorram. Contudo, não se pode garantir que com essas ações se consiga assegurar o fim dos riscos. Afinal, há sempre uma probabilidade, uma incerteza... Mas pensar as vigilâncias na relação com a promoção da saúde merece um pouco mais de reflexão...

A promoção da saúde implica uma redefinição da saúde e seus objetos. A saúde passa a ser compreendida como resultado de vários fatores relacionados à qualidade de vida, ultrapassando o enfoque na "doença" e incluindo questões como habitação, alimentação, educação e trabalho. Suas atividades, segundo Buss (2000),

> estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde [...] e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Ela persegue, embora nem sempre encontre, a mudança no **modelo assistencial**, composto por combinações de saberes e técnicas direcionadas à resolução dos problemas e ao atendimento das necessidades de saúde. A promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes. A qualidade de vida pode ser entendida como condições de vida.

Modelos de atenção podem ser pensados, segundo Teixeira (2002), em três dimensões: **gerencial** (condutora do processo de reorganização das ações e serviços), **organizativa** (que estabelece as relações no processo de cuidado) e **técnico-assistencial** (define as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho).

A promoção da saúde prevê uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a ideia de responsabilidade múltipla pelos problemas e pelas soluções (Buss, 2000).

Atualmente, a promoção, mais do que uma política, representa uma estratégia de articulação transversal que estabelece "mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, incorporar a participação e o controle social na gestão das políticas públicas e defender a equidade" (O´Dwyer; Tavares; De Seta, 2007).

Na promoção da saúde, a saúde é vista como um direito humano fundamental, de responsabilidade múltipla, inclusive do Estado, com a população exercendo seu direito de participação e decisão. Voltando ao campo das vigilância(S) em saúde, pode-se então ressaltar algumas questões.

As vigilância(S) em saúde, como integrantes do campo da promoção da saúde, **ultrapassam a visão do risco** quando propõem a transformação dos processos de consumo, de trabalho e de produção e a inserção do cidadão e do trabalhador nesses processos, de forma a potencializar suas vidas.

A **contradição capital-trabalho-saúde tensiona a área** e exige a ação do Estado para diminuir as desigualdades. A vigilância sanitária, em seu caráter regulatório, precisa ser o fiel de uma balança entre os interesses do setor produtivo e os interesses do cidadão, muitas vezes conflitantes. Como vimos, há o chamado poder de polícia, poder da Administração Pública, em que o Estado, com base no interesse público, pode intervir. A concessão de registro, autorização e licença de funcionamento são permissões do Estado, que podem e devem ser revistas sempre que necessário, sempre que a desigualdade produção-consumo puder ser prejudicial à sociedade. Quando isso ocorre, a vigilância sanitária pode (e deve) agir de forma a minimizar os riscos à saúde. Imaginemos algumas situações.

- Um hospital apresenta alta taxa de infecção hospitalar no berçário; um determinado medicamento causa mortes desnecessárias; uma fábrica que esteja poluindo um manancial ou um rio com seus resíduos ou fazendo adoecer seus trabalhadores. Depois de um processo de investigação, **ou como medida de cautela, em casos graves, para limitar o número de mortes ou de incapacidades** (se há risco muito alto), a ação da vigilância sanitária pode ser a interdição temporária do berçário, pode chegar à retirada (cassação) da licença sanitária, ou ao cancelamento do registro do medicamento em questão, ou à intervenção de diversos níveis na fábrica. É claro que essas medidas dadas como exemplos de ação não são as primeiras a serem tomadas.
- A vigilância em saúde do trabalhador, ao lidar com a questão do processo de trabalho, e a vigilância ambiental, com o processo de produção/industrialização e o ambiente, são igualmente arenas de conflito entre interesses privado e coletivo que exigem a intervenção do Estado (Lucchese, 2001; Alves, 2003; Brasil, 2005). E elas muitas vezes se articulam com a vigilância sanitária para intervir em estabelecimentos ou processos de trabalho.

Para refletir

Você já viveu ou presenciou uma situação de conflito entre as vigilâncias?

Conflitos podem ocorrer sempre que há uma decisão. Mas, não nos parece que a vigilância epidemiológica seja caracterizada por esse tipo de conflito e enfrentamento. Além disso, das nossas vigilâncias, ela é a mais setorial, a que mais atua nos limites do setor saúde.

As vigilância(S) em saúde, na busca de aumentar sua capacidade de análise e intervenção nos problemas, caminham na direção de intervenções mais integradas e que incorporem outros componentes. Assim, em muitas situações concretas, uma vigilância se articula com a outra para melhorar a qualidade da intervenção. Sua ação será mais efetiva se for capaz, também, de aumentar a potência de intervenção dos atores envolvidos nos problemas sanitários (Campos; Belisário, 2001).

Você notou que os exemplos dados para o tópico anterior também se enquadram aqui? É que, na existência de um possível conflito, a necessidade de reforço mútuo e de ação articulada aumenta...

Mas, não é só com as outras vigilâncias – ou mesmo com as unidades assistenciais – que elas se articulam. Na busca da transformação social, **as vigilância(S) em saúde reforçam a capacidade dos diferentes grupos sociais envolvidos nos problemas sanitários: consumidores, cidadãos, trabalhadores, trabalhadores da área da saúde.** Isso nada mais é do que o *empowerment* (empoderamento ou fortalecimento do poder). O conceito de empoderamento apresenta-se como recurso importante para sustentabilidade das ações de educação para a saúde, orientadas, tanto individualmente quanto de forma coletiva, nos grupos sociais e organizações, por meio de processos educativos participativos (O´Dwyer; Tavares; De Seta, 2007).

Foi dito por Lucchese (2001) que a vigilância sanitária exige a mediação de setores da sociedade e produz atitudes éticas na relação entre produção, trabalho e consumo. Além disso, precisa de cidadãos conscientes e pode ser considerada um espaço de exercício da cidadania e controle social. Isso pode ser aplicado também, pelo menos, a mais duas vigilâncias do campo da saúde, notadamente àquelas que têm conflitos

potenciais: a dos processos de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador); e a da exposição a situações de risco (em especial a vigilância ambiental).

Entendidas como **campos de prática**, onde se produzem ações/intervenções, mas também conhecimentos, **as vigilância(S) em saúde são de caráter interdisciplinar**.

Assista ao vídeo *João Pintor*, que retrata uma suposta fiscalização de posturas municipais, disponível no sítio do Cecovisa/Ensp/Fiocruz: http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/publicacoes/_arquivos/JoaoPintor.zip

O vídeo é uma produção do Departamento de Comunicação e Saúde/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003; direção de Breno Kuppermann; roteiro de Joaquim Assis; duração de 19 minutos.

No exercício de sua ação e na produção de seu conhecimento, utilizam-se várias disciplinas. Algumas delas, assim como na saúde como um todo, são comuns a todas as vigilâncias: planejamento/gestão/administração, sociologia, política, antropologia e epidemiologia/método epidemiológico, ética e direito são constituintes de todas elas. Além dessas, pode-se elencar algumas especificidades de cada componente das vigilância(S) em saúde. A vigilância sanitária, com seu amplo espectro de ação, é campo de convergência de várias disciplinas, dentre elas: biossegurança, engenharias, arquitetura, física, química, farmacologia, toxicologia, radiologia, odontologia e direito administrativo, sendo esta última um de seus pilares. A vigilância em saúde do trabalhador, além de igualmente utilizar-se de algumas dessas disciplinas, tem na ergonomia uma de suas disciplinas centrais. A vigilância ambiental e a epidemiológica também se utilizam bastante de disciplinas como a ecologia, a biologia e a geografia (Costa; Rozenfeld, 2000; Barcellos; Quitério, 2006).

A *Carta de Ottawa* (Organização Pan-Americana da Saúde, 1992), um dos marcos da promoção da saúde, elenca um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, participação) e de estratégias (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde, parcerias intersetoriais) da promoção da saúde. A Carta já apontava não apenas para a multicausalidade na saúde, mas também para o fato de que, ao pensar a saúde como qualidade de vida, sua promoção transcende o setor saúde: a interinstitucionalidade ou intersetorialidade é, assim, uma de suas principais estratégias.

As vigilâncias do campo da saúde, na requalificação de seus processos de intervenção, têm como princípio operativo a intersetorialidade. Esta é definida, na Declaração de Santa Fé, como: “o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores [...]”(Organização Pan-Americana da Saúde, 1992 apud Buss, 2000, p. 174).

Pensar a intersetorialidade nos faz perguntar: mas, afinal, que setores são esses?

Apenas instituições públicas responsáveis pela formulação e implementação de políticas? De quais setores estamos mesmo falando? A princípio poderia parecer apenas um novo “arranjo”, uma nova “organização” daquilo que já ocorria no campo da saúde. Os setores não são apenas aqueles diretamente ligados ao poder público ou à administração direta de órgãos estatais. Para além deles, a saúde e as suas vigilância(S) necessitam estar se “entrelaçando” com setores da sociedade civil, num verdadeiro “abraço de cidadania”. Afinal, a saúde é um assunto não apenas do Estado, mas de toda a sociedade. Um exercício de pensamento nos leva, por exemplo, à:

- vigilância em saúde do trabalhador: como efetuar ações desconectadas dos sindicatos de trabalhadores ou de outros setores da sociedade, como o Ministério do Trabalho?
- vigilância ambiental: não são significativas as contribuições oriundas das organizações não governamentais que têm como tema o meio ambiente e sua articulação com outros setores, como o Ministério do Meio Ambiente?
- vigilância epidemiológica: tal como ela se constituiu no Brasil, junto com o controle de doenças, como pensar na vigilância epidemiológica e no avanço da Política Nacional de HIV/Aids sem a participação das organizações não governamentais que com ela lidam, dos grupos de portadores de HIV/Aids (por exemplo, Pela Vida, Gappa) e de setores como o Ministério do Trabalho ou da Previdência?
- vigilância sanitária: como pensar a efetividade de sua ação sem a participação das organizações não governamentais dos consumidores – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Associação das Donas de Casa, de Portadores de Patologias etc. – e sem outros órgãos específicos que têm atribuições sobre os mesmos objetos da vigilância sanitária, tais como os Ministérios do Meio Ambiente, do Trabalho, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, da Agricultura?

Para refletir

Na sua experiência como gestor do SUS, que exemplos de ação intersetorial de cada uma das quatro vigilâncias você identifica?

Acesse o site do Conselho Nacional de Saúde (http://conselho.saude.gov.br/) para obter informações sobre o funcionamento e a agenda da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist); da Comissão Permanente para Acompanhamento de DST e Aids (Capda); da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; e da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (Cisama).

As questões da intersetorialidade e do controle social nas vigilância(S) em saúde são de tal importância que a Lei n. 8080/90 (Brasil, 1990), em seus art. 12 e 13, cria comissões intersetoriais de âmbito nacional para algumas das vigilâncias do campo da saúde.

> Art. 12 – Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.
>
> Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
>
> Art. 13 – A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais abrangerá, em especial, as seguintes atividades:
>
> I - alimentação e nutrição;
>
> II - saneamento e meio ambiente;
>
> III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
>
> IV - recursos humanos;
>
> V - ciência e tecnologia; e
>
> VI - saúde do trabalhador (Brasil, 1990).

Tendo em vista o que foi discutido até aqui sobre as relações entre vigilância(S) em saúde e promoção da saúde e o conjunto de valores e estratégias da promoção em saúde elencados na *Carta de Ottawa*, parece pertinente afirmar que as vigilância(S) em saúde integram esse campo.

O processo de trabalho nas vigilâncias do campo da saúde

Como base para este trecho do capítulo utilizou-se a seguinte referência: Teixeira, C. F.; Pinto, L. L.; Vilasboas, A. L. (Org.). *O processo de trabalho da vigilância em saúde.* Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 60 p. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 5).

Agora que já se incluíram as vigilância(S) no campo da promoção da saúde e que foram abordados seus principais conceitos, pode-se perguntar: **como atuam as quatro vigilâncias**? Ou, dito de outra maneira, **qual o seu processo de trabalho**?

Não se pretende aqui fazer uma análise exaustiva do processo de trabalho em cada uma das vigilâncias, mas apenas apontar o que há de comum e específico nelas do ponto de vista da gestão do sistema local de saúde. Ressalte-se que o processo de trabalho em saúde tem sido bastante estudado no que concerne à assistência, mas, no componente das vigilâncias do campo da saúde, ele não está suficientemente analisado na literatura.

Primeiro, há que se falar sobre o que é um processo de trabalho. Qualquer processo de trabalho pode ser definido como um conjunto de ações sequenciadas, que envolvem atividades da força de trabalho e a utilização dos meios de trabalho, visando ao alcance de objetivos e metas.

Os elementos componentes do processo de trabalho são:

- a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho;
- a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho;
- os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Vejamos brevemente cada um dos elementos que compõem o processo de trabalho.

As atividades e as finalidades do processo de trabalho

Qualquer processo de trabalho, inclusive o da saúde, deve ter uma **finalidade**. A finalidade "mais ampla" do processo de trabalho nas vigilâncias já foi vista: promover e proteger a saúde, atuando sobre os determinantes e riscos.

Entretanto, ao se pensar no Sistema Único de Saúde, em todas as esferas de gestão (municípios, estados e União) e nas diferentes formas de organização social das ações de saúde que buscam responder às necessidades e conhecer os problemas de saúde de cada local, é possível citar algumas finalidades específicas.

No âmbito local, o que há de comum entre as vigilâncias do campo da saúde é a finalidade específica de reconhecer os problemas de saúde locais e atender às necessidades de saúde em seu **território**, sejam elas "sentidas" ou não pela comunidade e identificadas ou não pelos profissionais de saúde.

Aqui é preciso ressaltar que, quando adotamos o conceito de território, não se trata apenas de uma divisão no sentido físico nem se limita igualmente às fronteiras nacionais ou aos limites estaduais ou municipais. Embora qualquer território tenha seus objetos fixos (casas, centro de saúde, escolas etc.), existem sempre os fluxos (de pessoas, de informações, de produtos, de dinheiro e também de doenças etc.) que, muitas vezes, ultrapassam a divisão territorial administrativa (país, estado, município, região administrativa, setor censitário). Além disso, os territórios são sempre dinâmicos: neles se estabelecem relações entre as

pessoas no cotidiano de suas vidas; são espaços de poder (administrativo, político, cultural etc.) e, na sua dinamicidade, mudam com maior ou menor rapidez (Pereira; Barcellos, 2006).

O conceito geográfico de território-processo não é incompatível com o de jurisdição, que é passível de conter vários territórios-processos. A base territorial da ação da vigilância sanitária é principalmente a divisão jurídico-administrativa, ou seja, a jurisdição. Essa divisão é necessária pelo componente fiscal de sua ação, que fica circunscrita a um ente federativo responsável, garantindo sua validade jurídica (O´Dwyer; Tavares; De Seta, 2007).

Lembre-se!

"O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder [...]" (Barcellos; Rojas, 2004).

Esse fato é de suma importância para as vigilâncias do campo da saúde. Um município que trabalhe para conter a ocorrência de dengue pode ter sua população afetada se o município vizinho não fizer o mesmo: o *Aedes Aegypti* não respeita a divisa municipal. Da mesma forma, Rio de Janeiro e São Paulo são estados que concentram o maior parque produtivo de produtos farmacêuticos, e os medicamentos ali fabricados são transportados e consumidos em todo o país e, algumas vezes, até mesmo no exterior. No que se refere ao meio ambiente, basta recordar o recente desastre ambiental do rio Pomba em 2003, quando o vazamento de produto químico da fábrica de papel Cataguases, em Minas Gerais, contaminou os rios Muriaé e Paraíba do Sul, atingindo a população ribeirinha de municípios do Rio de Janeiro e provocando desabastecimento.

Tendo o conceito de "território" em mente, pode-se entender que a resposta às necessidades de saúde e a identificação dos problemas de saúde são igualmente **finalidades** das esferas de governo no âmbito da saúde, para que possam organizar suas ações. E pode-se pensar que esse território vai sendo socialmente construído de forma cada vez mais complexa, de acordo com a esfera de governo que deve "atuar".

Relacionada à operacionalização do conceito de território para intervenção no campo da saúde, há a perspectiva da regionalização. Recentemente, o Pacto pela Saúde defendeu a regionalização com base nas

regiões de saúde. Essas regiões são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo que contemple uma rede de serviços de saúde compatível com certo grau de resolutividade para aquele território. Esse recorte territorial não é limitado ao município, podendo ser parte dele ou um conjunto deles. A regionalização tem sido mais discutida para os processos de cuidado à saúde das pessoas.

A ideia de regionalização também é necessária para as vigilâncias. E especialmente para a vigilância sanitária, que tem nos municípios diferentes limites e possibilidades de atuação, desde que a questão da jurisdição seja assegurada. Por isso, De Seta e Dain afirmam que a regionalização na vigilância sanitária geralmente não prescinde da ação desconcentrada da esfera estadual em função da reduzida capacidade de exercício de poder de polícia administrativa sanitária por parte do município, sem o qual o risco sanitário elevado pode não ser rapidamente coibido (De Seta, 2007; De Seta; Dain, 2010).

Os objetos e os sujeitos do trabalho

As necessidades sociais de saúde e os problemas identificados informam e delimitam os **objetos** do processo de trabalho. Eles devem ser conhecidos e sobre eles é que se dá a ação das vigilâncias. **Mas como são identificados**?

Sua identificação também é complexa, como são complexos os problemas de saúde. Para seu conhecimento e análise, é necessária a utilização de:

- **enfoque clínico**, que identifica os problemas em sua dimensão biológica e individual;
- **enfoque epidemiológico**, que identifica os problemas em grupos populacionais;
- **enfoque social**, que identifica os problemas na população, tendo em vista os processos de desenvolvimento econômico, social e político que constituem os determinantes sociais dos problemas e necessidades de saúde.

Considerando esses enfoques, identificam-se os objetos do processo de trabalho em saúde, que são, portanto, os danos, agravos, riscos e determinantes das condições de vida da população.

Por tudo que já foi visto, pode-se concluir que não há apenas um objeto, mas vários objetos do processo de trabalho nas vigilâncias do campo da saúde. Assim como são vários os objetos, são múltiplas as intervenções.

Cada um dos enfoques privilegia um modo de intervenção: desde o diagnóstico e tratamento individuais (enfoque clínico), controle sanitário de bens e serviços de saúde, controle de vetores, ações de prevenção, educação sanitária (enfoque epidemiológico), até a intervenção sobre os determinantes sociais que, como já citado, é sempre de caráter intersetorial e multidisciplinar (enfoque social). Ora, se os problemas e intervenções na área de promoção da saúde não se limitam ao setor saúde, o trabalho nas vigilâncias do campo da saúde também não é realizado apenas pelos profissionais de saúde.

O **sujeito** do processo de trabalho nas vigilâncias do campo da saúde é, portanto, **coletivo**. Além dos profissionais de saúde, são sujeitos da prática os profissionais de outros setores e a população ou grupos populacionais organizados. Uma especificidade do sujeito da vigilância sanitária em relação ao das outras vigilâncias, de importância para o gestor local, é que ele precisa ser um agente público investido na função. Se ele não o for, seus atos administrativos podem ser anulados administrativa ou judicialmente. Isso decorre do fato de seu trabalho estar submetido aos preceitos da Administração Pública, direcionado por normas jurídicas.

Para refletir

Pense sobre as características do processo de trabalho das vigilância(S) em seu território e depois relacione aquelas que considera as mais importantes.

Os meios de trabalho

Os sujeitos das vigilâncias utilizam vários **meios de trabalho** para identificar seu objeto e realizar suas ações. Salientando que o sujeito é coletivo e sua intervenção extrapola o setor saúde, é compreensível que devam lançar mão não apenas de saberes e tecnologias pertencentes ao seu campo de atuação, mas também de outros saberes e tecnologias, como a comunicação e o planejamento. Alimentam-se de várias disciplinas, métodos e instrumentos para realizar suas intervenções, que não se restringem às ações meramente técnicas, mas abarcam também as ações dirigidas ao fortalecimento da sociedade e da cidadania para alcançar sua finalidade de promoção da saúde e prevenção de danos ou agravos.

Os **objetos**, **sujeitos** e **meios de trabalho** estabelecem uma **rede complexa de relações de trabalho** e definem a **organização do processo de trabalho** nas **vigilâncias do campo da saúde**, que contempla duas dimensões: a **político-gerencial** e a **técnico-sanitária**. A dimensão **político-gerencial** é a que reconhece os problemas de saúde e cria condições para a intervenção, planeja e programa as ações e fortalece a sociedade. A dimensão **técnico-sanitária** é a que atua no controle dos determinantes, riscos, danos e agravos à saúde.

O processo investigativo

Uma atividade comum a todas as vigilância(S) em saúde é a atividade de investigação, com a qual se busca caracterizar a situação ou o caso e, se possível, estabelecer nexos causais. O processo investigativo é usualmente desencadeado por uma notificação ou denúncia, mas também pela eclosão de um problema e por ações de monitoramento e avaliação. Sendo desencadeado por modos tão variados, não dá para esperar que ele se baseie em um único método, certo?

As vigilâncias fazem, com frequência, investigação de surtos e análise de erros de processo, nas suas várias vertentes. Waldman (1998), ao discutir os usos da vigilância e da monitorização (ou monitoramento) como instrumentos de saúde pública, aponta diferenças entre eles: a vigilância analisa o comportamento de "eventos adversos à saúde" na comunidade e é uma das aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde; a monitorização acompanha indicadores e tem aplicação em diferentes áreas de atividade, inclusive fora do setor saúde. O autor ressalta uma semelhança entre eles: é que ambos exigem três componentes: a informação, a análise e a ampla disseminação da informação analisada a todos que dela necessitam.

Essa avaliação pode utilizar várias abordagens e métodos, a depender de cada uma das vigilâncias, mas também do que se quer avaliar (avaliação da qualidade dos serviços, avaliação epidemiológica dos serviços, avaliação de tecnologias em saúde etc.). Mas geralmente tem um componente laboratorial. O laboratório pode ter também o papel de "instância de ▸

perícia", a exemplo do que ele tem para a vigilância sanitária na chamada "análise fiscal". Essa análise é aquela que o laboratório público (oficial) realiza em objetos e materiais sujeitos à vigilância (por exemplo, em medicamentos e insumos farmacêuticos) e que é destinada a comprovar a sua conformidade com a fórmula que deu origem ao registro e/ou a sua condição para uso seguro em seres humanos. ■

As vigilâncias do campo da saúde possuem algumas semelhanças e algumas especificidades no que diz respeito ao seu processo de trabalho. É bem claro, e já foi explicitado, que o planejamento, a gestão e a comunicação são fundamentais para todas elas. Igualmente importantes para todas as vigilâncias são a produção e a utilização de informações, sem as quais a efetividade de suas ações pode ficar aquém do desejável.

Por exemplo, se a vigilância sanitária em um grande município pretende inspecionar 100% das maternidades em um ano, como ela se deve planejá-la? Deve começar pelos serviços que atendem situações de maior risco ou de menor risco? A resposta mais imediata pode ser inspecionar as maternidades de alto risco. Mas e se houver a informação de que essas maternidades apresentaram casos de infecção hospitalar em nível aceitável, poucos nascimentos de baixo peso, baixas taxas de cesariana e poucas reinternações?

Essas e muitas outras informações podem ser úteis para planejar, de forma mais eficiente, ações prioritárias de vigilância. Com esse exemplo, você pode vislumbrar a contribuição da vigilância sanitária para a redução de possíveis eventos adversos e para a melhoria da qualidade da atenção ao parto.

Não é objetivo deste capítulo aprofundar-se neste vasto tema, mas cabe ressaltar a importância de alguns sistemas de informação – não apenas do setor saúde mas também de outros setores – que permitam o acesso a informações demográficas, socioeconômicas, de produção industrial, sobre o meio ambiente, sobre acidentes de trânsito etc. Alguns exemplos e ilustrações podem ser encontrados no "Apêndice A – Sistemas de informação".

Para consolidar seus conhecimentos

1. Como você relaciona as possíveis contribuições de cada uma das quatro vigilâncias no enfrentamento de situações semelhantes à de Ana na cidade?
2. Você conhece um exemplo em que a vigilância sanitária do seu município tenha atuado de maneira semelhante à do caso de Ana na cidade? Destaque possíveis impactos para os serviços de saúde e para a população do município.

   Caso não conheça, selecione uma situação ilustrativa em outras fontes de informação e destaque os mesmos aspectos explicitados no item anterior dessa questão.
3. Uma metrópole e um pequeno município podem ter o mesmo modelo organizacional e funcional para as vigilâncias do campo da saúde? Justifique a sua resposta.
4. Aponte as singularidades de cada uma das vigilâncias do campo da saúde em relação às suas definições e aos processos de trabalho.

Referências

ABRUCIO, F. L. *Os barões da federação:* os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec; USP, 1998. 253 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999.* Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1249>. Acesso em: 21 mar. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Resolução RDC n. 157, de 31 de maio de 2002.* Estabelece requisitos para o registro de medicamentos similares. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=7251>. Acesso em: 21 mar. 2009.

ALBUQUERQUE, M. I. N. de; CARVALHO, E. M. F. de; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,* Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2002.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, 319-22, fev. 2003.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-177, fev. 2006.

BARCELLOS, C.; ROJAS, L. O. Lugares, territórios, população. In: O TERRITÓRIO e a vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 80 p. (Série Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 6).

Barcellos, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, set. 2002.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil:* texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. 370 p.

Brasil. Decreto n. 3.450, de 9 de maio de 2000. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - Funasa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 maio 2000. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/legislacao/d3450.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

Brasil. Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília,* 10 jun. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 31 mar. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 1.956, de 14 de agosto de 2007.* Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.ago.07/iels153/U_PT-MS-GM-1956_140807.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

Brasil. Portaria MS/GM n. 3.120, de 19 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 jul. 1998.

Brasil. Portaria MS/GM n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 65, 23 dez. 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html. Acesso em: 21 jan. 2010.

Brasil. *Subsídios para construção da política nacional de saúde ambiental.* Brasília, 2005. 49 p. Mimeografado.

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa SVS/MS n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, 70 Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 55, p. 35, 22 mar. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_normativa_01_2005.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

Brasil. *Programa Nacional de Vigilância Ambiental relacionado a substâncias químicas.* [Brasília, 200-]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_nacional_vigiquim_2009.pdf. Acesso em: 14 abr. 2009.

Brasil. *O que é vigilância epidemiológica.* Brasília,2005. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=974>. Acesso em: 12 jun. 2005.

Buss, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

Campos, F. E.; Belisário, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, v. 5, p. 133-142, 2001.

Comissão Nacional de Energia Nuclear (Brasil). Resolução CNEN CD n. 27, de 17 de dezembro de 2004. Aprova Norma CNEN-NN-3.01 de Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica, de Janeiro de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 4, 6 jan. 2005.

Costa, E. A.; Rozenfeld, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-40.

De Seta, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:* uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do Federalismo. 2007. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - IMS/Uerj, Rio de Janeiro, 2007.

De Seta, M. H.; Dain, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p.3307-3317, nov. 2010.

Franco Netto, G.; Carneiro, F. F. Vigilância ambiental em saúde. *Ciência e Ambiente,* Rio Grande do Sul, v. 25, p. 47-58, 2002.

Freitas, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 679-701, maio/jun. 2005.

Freitas, C. M. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. In: Costa, E. A. (Org.). *Vigilância sanitária:* desvendando o enigma. Salvador: Edufba, 2008.

Freitas, M. B.; Freitas, C. M. de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano - desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 993-1004, dez. 2005.

Funtowicz, S. O.; Ravetz, J. R. Science for the Post-Normal Age. *Futures,* v. 25, p. 739-755, 1993.

Guilam, M. C.; Castiel, L. D. Risco e saúde. In: De Seta, M. H.; Pepe, V. L. E.; O'dwyer, G. de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária:* modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 15-32.

Levy, B. S. Towards a holistic approach to public health surveillance. *American Journal of Public Health,* v. 86, n. 5, p. 624- 625, 1996.

Lieber, R. R.; Romano, N. S. *Saúde, ambiente, produção e o enfoque de risco.* Trabalho apresentado no Encontro da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, 5, 1997, Rio de Janeiro. Mimeografado.

Lucchese, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

Mendes, E. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: Mendes, E. V. (Org.). A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993. p. 7-19. (Série Desenvolvimento de serviços de saúde, 10).

Natal, S.; Elias, M. V. Projeto de análise de informação para tuberculose. *Boletim de Pneumologia Sanitária,* v. 8, n. 1, p. 15-22, jun. 2000.

O'dwyer, G.; Tavares, M. de F. L.; De Seta, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Carta de Ottawa*, 1986. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde:* Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1992.

Pereira, M. P. B.; Barcellos, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia:* revista brasileira de geografia médica e da saúde, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-59, 2006.

Silva Júnior, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.* 2004. 318 p. Tese (Doutorado) – Unicamp, São Paulo, 2004.

Teixeira, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

Teixeira, C. F.; Paim, J. S.; Vilasboas, A. L. SUS. Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 2, n. 2, abr./jun. 1998.

Teixeira, C. F.; Pinto, L. L. A formação de pessoal em vigilância à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 2, n. 6, p. 5-21, 1993.

Teixeira, C. F.; Pinto, L. L.; Vilasboas, A. L (Org.). *O processo de trabalho da vigilância em saúde.* Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 60 p. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 5.)

Thacker, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. *American Journal Public Health*, v. 86, n. 5, p. 633-638, 1996.

Waldman, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS,* Brasília, v. 5, n. 3, p. 87-107, 1998.

Apêndice A – Sistemas de informação

Os principais sistemas de informação de base nacional do setor saúde são:

- Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan)
- Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
- Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc)
- Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)
- Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), todos acessíveis no site do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)
- Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica (Sinitox), da Fundação Oswaldo Cruz
- Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast), da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Alguns desses sistemas são mais detalhados no "Apêndice A – Exemplos de sistemas de informações relevantes para a gestão do SUS", da Parte V deste livro.

Os sistemas e bases de dados de interesse das vigilâncias ambiental e em saúde do trabalhador podem ser acessados no Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast). No momento, o acesso a esse painel se dá por meio da página de caráter experimental do Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, no seguinte endereço: http://189.28.128.179:8080/pisast. O departamento está sendo estruturado após a ida da Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat) para a SVS/MS.

Algumas informações de interesse para as vigilância(S) em saúde, de interesse comum ou do interesse específico de alguma vigilância são produzidas em outros setores. Encontram-se no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) inúmeras pesquisas de interesse da saúde, tais como:

- Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
- Censo Demográfico

- Pesquisa de Informações Básicas Municipais
- Agropecuária
- Pesquisa Mensal de Emprego
- Estatísticas do Registro Civil
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)
- Pesquisa Nacional de Saneamento Básico
- Pesquisa Anual do Comércio
- Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae).

No site da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev), registram-se os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de muita importância para a vigilância da saúde do trabalhador. A saúde do trabalhador também se utiliza desses sistemas de informação de base nacional do setor saúde, especialmente na identificação de agravos relativos às situações relacionadas ao trabalho, e ainda discute um Sistema Nacional de Informação em Saúde do Trabalhador, uma vez que as informações sobre esse segmento ainda são escassas e de qualidade aquém da desejada. Na construção de informações sobre os trabalhadores e seu adoecer, outras bases produzidas fora do setor saúde são úteis, como a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae), a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), bases censitárias do IBGE, do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese), e de sindicatos.

A vigilância sanitária se utiliza desses sistemas de informações do setor saúde, de caráter nacional, para avaliar e/ou monitorar a qualidade da prestação de serviços e da utilização de produtos como medicamentos, próteses, vacinas e seus possíveis efeitos adversos. Esta é uma das dimensões importantes da vigilância sanitária: entendê-la como uma prática "avaliativa", com características e atribuições diferenciadas das demais vigilâncias. Esses sistemas são úteis na identificação de danos e agravos à saúde decorrentes do processo de produção de bens de saúde e da prestação de serviços de saúde, na identificação de fatores determinantes e condicionantes para o gerenciamento desses riscos e para a eleição de prioridades de ação. A vigilância sanitária também se vale de informações legais, fiscais e de mercado, em função de seu caráter regulatório.

A legislação sanitária e a sua relação com o Poder Judiciário são condições **imprescindíveis** para o exercício da vigilância sanitária, daí que as bases de dados legislativos e de normas técnicas são importantes.

Vale lembrar que é fundamental que estados e municípios contem com códigos sanitários que balizem e respaldem suas ações. Algumas das atribuições importantes da vigilância sanitária são: a elaboração de normas, a concessão pública (de autorização ou licença de funcionamento, registro de tecnologias, tais como medicamentos e tecnologias médicas) e a fiscalização sanitária.

Um sistema de informação muito utilizado na vigilância ambiental é o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua), que ajuda na tomada de decisão e no direcionamento das ações sobre a água para consumo humano. Utiliza-se igualmente do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) na análise dos casos de intoxicação por agrotóxicos. Para a questão das exposições aos diversos tipos de risco, têm sido montadas no âmbito da SVS/MS diversas bases de dados – por exemplo, o caso da Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Populações Expostas a Substâncias Químicas (Vigiquim).

Podem ser agregados como de interesse para as vigilâncias os Censos Demográfico e Agropecuário, o Sistema Nacional de Informações em Saneamento da Secretaria de Desenvolvimento Urbano; o Sistema de Informações Hidrológicas da Agência Nacional de Energia e Eletricidade (Aneel); as informações sobre imagens de satélites e monitoramento de queimadas do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe); as informações sobre recursos hídricos, qualidade dos assentamentos humanos, biodiversidade, Amazônia Legal, e de políticas de desenvolvimento sustentável do Ministério do Meio Ambiente (MMA); os sistemas de monitoramento do ar realizados por algumas instituições estaduais de meio ambiente, tais como a Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental (Cetesb), em São Paulo, e a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (Feema), no Rio de Janeiro.